

VEREINBARUNG ÜBER PRIVATE BEHANDLUNG

Tinnitus-Centrum Stuttgart

Olgastrasse 50
70182 Stuttgart
Telefon: 0711 2349107
Telefax: 0711 2349102
www.tinnitus-centrum.de



Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ und Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon privat: _____

Diagnose: Chronischer Tinnitus

Therapie: Sechsmontatige, ambulante Tinnitus-Retraining-Therapie (5 Einzelsitzungen mit anschließenden 5 Folgeterminen in der Gruppe)

Die Tinnitus-Retraining-Therapie beim Tinnitus-Therapie-Centrum der NeuroCafe Stuttgart GmbH erfolgt auf meinen ausdrücklichen Wunsch und auf meine Kosten und ist nicht erstattungsfähig nach § 12 SGB V.

Ich bin daher damit einverstanden, dass ich die Kosten in Höhe von 781,52 €, die durch die Therapie entstehen, privat übernehme. Für eine eventuelle Übernahme der Kosten durch meine Krankenkasse trage ich persönlich Verantwortung.

Ort und Datum

Unterschrift